

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLICATIONS OF GASTRODUODENAL ULCERS

Kharkevich N.G., Petukhov V.I., Krishtopov L.E., Shappo G.M., Ovchinnikov V.V.

The results of treatment of 272 patients who have been treated in the clinic for the last 5 years are being analysed. Considerable growth of surgical complications for the last years has been marked, especially in perforative and bleeding ulcers. The authores consider that the reduction of possibility of medical therapy demands in revision of surgical tactics in the direction of radicalisation of primary operations with complications of ulcer disease.

Канд.мед.наук А.И.Шведавченко, канд.мед.наук А.С.Суховеров

ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ВЕТВЛЕНИЯ КРУПНЫХ ПОПАРНО РАСПОЛОЖЕННЫХ АРТЕРИЙ

Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова, Россия

К группе парных крупных артериальных стволов мы относим следующие сочетания артерий: внутренняя и наружная сонные артерии, общая сонная и подключичная артерии, внутренняя и наружная подвздошные артерии, бедренная и ее ветвь глубокая артерия бедра, и в некоторых случаях, можно к этим группам артерий отнести подмышечную артерию и отходящую от нее крупную ветвь. В ветвлении парных крупных артерий, расположенных рядом относительно друг друга, выявляется закономерность, которая заключается в том, что одна из них, как правило, ветвей не отдает.

Артерий, как эфферентное звено сердечно-сосудистой системы, имеют присущие только им морфологические закономерности. Крупные артерии характеризуются, как магистральные амортизирующие сосуды, в которых ритмически пульсирующий, изменчивый кровоток превращается в более равномерный и плавный. Артерии располагаются по принципу билатеральной симметрии. При рассмотрении нами попарного положения рядом крупных артерий с каждой стороны тела относительно друг друга, выявлено сходство в отхождении от них ветвей.

Анатомия крупных артерий и отходящих от них ветвей изучена на пятидесяти трупах взрослых людей обоего пола, фиксированных предварительно в 5-7% растворе формалина. Исследование проведено методом препарирования.

Описание вариантов отхождения ветвей от крупных артерий не входило в задачу нашего исследования.

К группе крупных артериальных стволов мы относим следующее сочетание пар артерий: внутренняя и наружная сонные артерии, внутренняя и наружная подвздошные артерии, общая сонная и подключичная артерии, бедренная артерия и ее крупная ветвь глубокая артерия бедра. В некоторых случаях также к этой группе артерий можно отнести подмышечную артерию и отходящую от нее крупную ветвь, которая по диаметру равна самой подмышечной артерии. Перечисленные пары артериальных стволов мы обозначили как крупные парные артерии. Рассмотрим ветвления этих парных крупных артерий относительно друг друга (попарно).

На уровне верхнего края щитовидного хряща общая сонная артерия делится на внутреннюю и наружную сонные артерии. При этом возможно смещение бифуркации общей сонной артерии вверх или вниз относительно верхнего края щитовидного хряща в зависимости от подтипа телосложения человека. Внутренняя сонная артерия направляется к наружному сонному отверстию и на этом расстоянии, как хорошо известно из любого учебника по анатомии человека (3, 4, 5), этот артериальный сосуд не имеет ветвей, тогда как наружная сонная артерия, располагающаяся рядом, отдает большое количество ветвей: верхнюю щитовидную, язычную, лицевую, верхнечелюстную, поверхностную височную, заднюю, ушную и затылочную артерии.

Как исключительное событие считает R.Adachi ответвление от внутренней сонной артерии затылочной артерии. Отхождение от внутренней сонной артерии восходящей глоточной артерии выявлено нами лишь на одном из исследованных препаратов.

Таким образом, после разделения общей сонной артерии на два крупных сосуда, один из них, внутренняя сонная артерия в области шеи, как правило, ветвей не отдает. Общая подвздошная артерия на уровне верхнего края большого седалищного отверстия разделяется на два крупных сосуда, один из них, наружная подвздошная артерия, в области таза направляется до паховой связки как магистральный сосуд, и на этом протяжении ветвей не отдает. Другой сосуд, внутренняя подвздошная артерия, имеет древовидную форму и, согласно классическим анатомическим данным (3, 4, 5), в области таза только она дает ветви. Следовательно, в отхождении ветвей от наружной и внутренней подвздошных артерий имеется аналогичное сходство, которое отмечалось нами также при ветвлении внутренней и наружной сонных артерий в области шеи.

От дуги аорты отходят три крупных сосуда: плечеголовной ствол, левая общая сонная и левая подключичная артерии. Плечеголовной ствол делится на правую общую сонную и правую подключичную артерии. Итак, в верхней части туловища имеется с каждой стороны два крупных (парных) сосуда: общая сонная и подключичная артерии. Общая сонная артерия до разветвления на наружную и внутреннюю сонные артерии ветвей в области шеи не отдает, тогда как подключичная артерия в основании шеи отдает следующие ветви: позвоночную артерию, щито-шейный ствол, внутреннюю грудную артерию, реберно-шейный ствол и поперечную артерию шеи. За счет ветвей подключичной артерии осуществляется кровообращение в области шеи. Как мы видим и в данном случае между подключичной и общей сонной артериями отмечается указанная выше для других пар крупных артерий закономерность отхождения от них ветвей.

Сходную закономерность в отхождении ветвей крупных парных артерий отмечена нами также в системах бедренной и подмышечной артерий. Немного ниже паховой связки от бедренной артерии отходит крупная ветвь - глубокая артерия бедра, которая по диаметру немного уступает бедренной артерии. Как хорошо известно из литературных источников (1, 6), в области бедра кровоснабжение осуществляется за счет ветвей, отходящих от глубокой артерии бедра. Сама бедренная артерия на протяжении от места отхождения от нее глубокой артерии бедра до входа в приводящий канал ветвей не отдает.

Согласно литературным (2) и нашим данным встречаются такие случаи, когда имеется разделение подмышечной артерии на два крупных, равных по диаметру сосуда, один из них является продолжением подмышечной артерии, а от другого парного ей ствола отходят следующие ветви: подлопаточная артерия, передняя и задняя артерии, огибающие плечевую кость, глубокая артерия плеча и верхняя коллатеральная локтевая артерия. От места отхождения от подмышечной артерии, рассмотренной выше крупной ее ветви, до середины плечевой артерии, как правило, на этом протяжении артериальных ветвей мы не находили.

Как видно из выше приведенных сведений о ветвлении крупных парных артерий, расположенных рядом относительно друг друга и отходящих из одного источника, рассматриваемые артерии имеют сходные закономерности отхождения от них ветвей. Эти закономерности в ветвлении повторяются независимо от топографии крупных парных

артерий, что нами приведены в тексте. Таким образом, в ветвлении парных крупных артерий, расположенных рядом относительно друг друга, выявляется закономерность, которая заключается в том, что одна из них, как правило, ветвей не отдает.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия артерий человека. - Москва: "Медицина". 1974.
2. Пахомов С.П. К вопросу о формировании срединного и локтевого нервов, сопровождающемся аномалией подмышечной артерии человека // Архив анатомии, гист. эмбриол. - 1962. - N 12. - С.66-68.
3. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкевич В.И. Анатомия человека. - Москва: "Медицина", 1985.
4. Сапин М.Р. Анатомия человека. Москва: "Медицина", 1993. 5. Тонков В.Н. Учебник нормальной анатомии человека. - Ленинград: "Медгиз", 1962. 6. Adachi B. D=S Arteriasystem derjapoler. - Kyoto, 1928.

Поступила 02.02.96 г.

THE ORDER BRANCHING - PLACED OF THE LARGE COUPLED - PLACED ARTERIES

A.I.Svedavchenko, A.S.Sukhoverov

To the group of coupled large arterial trunc's we correspond the following combinations of the arteries: internal and external carotid arteries, common carotid artery and subclavian artery, the femoral artery and its branch, and prof femoral artery.

Also in cases we may correspond the axillary and its large branch to this group. There is especial order in branching of large coupled arteries, situated very close to each other.

It tells us, that one of these arteries doesn't give way to the branches.

Доцент Е.О.Непокойчицкий, А.В.Ковалев, С.П. Бобков

О СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра госпитальной хирургии N 1 Витебского медицинского института (зав.кафедрой заслуженный деятель науки РБ, профессор М.Г.Сачек)

Приводится анализ 113 случаев кишечной непроходимости, вызванной внутрибрюшными тяжами, спайками и сращениями, что составляет 57,7% от всех случаев острой кишечной непроходимости за анализируемый период. В диагностике заболевания использовались общепринятые методы исследования. В неясных, стертых случаях - пассаж бария по тонкой кишке. Причиной кишечной непроходимости у 51 (45,2%) оказались соединительнотканые и салниковые тяжи, у 15 (13,3%) - сращения петель тонкой кишки с операционным рубцом, у 14 (12,4%) - сращения петель между собой, у 8 (7%) - сращения петель тонкой кишки между собой и с передней брюшной стенкой, у 12 (10,7%) образовалась "двустволка", ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась у 4 (3,5%) больных. Не выявлено спаек и сращений у 9 (7,9%) больных. Сообщается о хирургической тактике при данной патологии.

За последние годы произошло определенное снижение заболеваемости кишечной непроходимостью. Однако проблема этой тяжелой патологии остается актуальной. Все еще высокая послеоперационная летальность, позднее поступление больных в стационар,